

問診票(花粉症)

ID _____
Scan
Ns

氏名(カナで): _____

性別: 男・女 → 妊娠していない

妊娠中(週) 出産予定日(年 月 日)

授乳中

年齢: _____ 歳

何年前から症状がありますか? _____ 年 体温(_____)°C

症状 眼・鼻水・鼻閉・のど痛み・のどガラガラ・せき・たん・ぜんそく

皮膚のかゆみ(どこが痒いですか: _____)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12月(症状のある月に○を)

いままで治療を受けていた方は、お使いの薬の名前を教えてください

内服: _____ 点眼: _____ 点鼻: _____

自動車など車両はよく運転しますか? はい・いいえ

薬のねむけで困ったことはありませんか? ある・ない

漢方薬での治療を希望しますか? はい・いいえ

アレルギーの血液検査を希望しますか? はい・いいえ

他のアレルギー歴: なし・薬剤・食物・金属・アトピー性皮膚炎・気管支喘息

アレルギーの原因: _____

アナフィラキシー反応の経験はありますか? はい・いいえ

いままでにかかったことのある病気(○をつけて下さい)

・なし

・狭心症・不整脈・緑内障・前立腺肥大・高血圧・糖尿病・脂質異常

うつ病・癌・バセドウ病

詳細・その他: _____

治療中の薬剤名: _____